様式第２号（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

伊豆の国市介護予防専門職派遣実績報告書

年　　月　　日

伊豆の国市長　宛

　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次のとおり、専門職が派遣されたため、実績報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣日時 | 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 場　所 | （施設名等） |
| （住所）伊豆の国市 |
| 派遣を受けた  専門職 | □理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士 |
| 氏名 |
| 内容等 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 備　考 |  |

※必要に応じて、参考となる書類を添付してください。